

(様式1)

※受験番号	
-------	--

受講願書

(医療法人永井病院看護師特定行為研修)

令和 年 月 日

医療法人永井病院
病院長 星野康三様

(申込者)

住所

氏名(自署) _____ 印

私は、医療法人永井病院特定行為研修の受講を希望しており、関係書類を添えて出願いたします。

記

「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」

「栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連」

「栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連」

「動脈血液ガス分析関連」

「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」

「循環動態に係る薬剤投与関連」